

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 969.

MIRINGOTOMIA ATRIO-ATTICALĂ



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 26. II. 1936

DE

DAN V. RARINCA

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

MIRINGOTOMIA ATRIO-ATTICALĂ

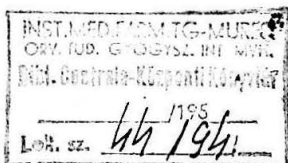


DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE
PREZENTATA SI SUSTINUTA IN ZIUA DE 1936

DE

DAN V. RARINCA

23 MAY 2005



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Bolez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Buzoianu G.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală }	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }	" "	
Medicina legală	" "	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	<i>Popovici Gh.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	Prof.	<i>Michail D.</i>
" neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană	Supl.	<i>Drăgoiu I.</i>
Balneologie	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tălaru C.</i>
" urologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasiliu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Domnul Prof. Dr. *G. Buzoianu*

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. <i>A. Pop</i>
		" " " <i>D. Michail</i>
		" " " <i>V. Papilian</i>
		" " " <i>V. Bologa</i>

Supleant: Domnul Doc. Dr. *I. Gavrilă*

Introducere

Până în epoca prezentă, această chestiune a fost prea puțin studiată și natural mai puțin aplicată în terapia chirurgicală otologică.

În literatura pe care am consultat-o în vederea acestei lucrări, nu am găsit aproape nimic în legătură cu acest subiect. O singură lucrare, în literatura franceză, a lui Escat, publicată în: „Analele de Oto-Laringologie“ din Paris, în anul 1934, iar în literatura română, lucrările D-lui profesor Gh. Buzoianu, arată importanța acestei operații în practica medicală.

Este mai mult o chestiune de tehnică operatorie specială în practicarea paracentezei, sau mai bine zis a miringotomiei, a cărei cunoaștere de către medicii specialiști sau de simplii practicieni, având în vedere ușurința acestei operații, ar aduce reale foloase.

Miringotomie, după cum reiese și din denumire, înseamnă incizie timpanică. Se numește atrio-atticală, deoarece incizia nu se rezumă la cadrantul postero-inferior, după sistemul clasic, ci se ridică mai sus, la nivelul membranei lui Schrapnel, pe care o și secționează. Escat a numit această operație: Paracenteză maximă. În același timp ea este și profundă, cu scopul de a produce o cât mai bună comunicare între atrium și attica, acestea, în anumite condițiuni mai departe expuse, sunt puse în situația de a se izola una de alta, o paracenteză în cadrantul postero-inferior, ne mai fiind corespunzătoare unui drenaj suficient.

Această metodă, ale cărei rezultate sunt incontestabile, a fost aplicată pe o scară foarte largă în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj începând cu anul 1934, obținându-se cele mai frumoase rezultate.

M'am văzut deci cu foarte mare mulțumire grație bunăvoinței D-lui Profesor Dr. Buzoianu, pus în frumoasa situație de a fi exponentul răspândirii acestei simple și totuși foarte folositoare metode.

Anatomie

În descrierea anatomică pe care o vom face, vom avea în vedere numai acele părți ale urechei care intervin direct sau sunt în oarecare legătură cu subiectul nostru.

Peretele extern al casei timpanului este compus dintr'o porțiune membranoasă și una osoasă. — Este format în cea mai mare parte a întinderii sale de o membrană subțire și transparentă:

A) Membrana timpanică.

Aceasta se prezintă sub forma unei membrane circulare, întinsă la extremitatea internă a conductului auditiv extern, pe care îl separă de cassa timpanului.

Dimensiuni. Diametre variabile: 9,5—10,5 mm. cel vertical este cam cu 0,5—1 mm. mai mare ca cel orizontal. Grosimea este de 0,1 mm. Se numește pol superior al membranei timpanice, extremitatea superioară a diametrului vertical. Pol inferior, extremitatea inferioară a aceluiași diametru.

Inclinație. Prezintă o inclinație care variază cu vârsta. În timpul vieții embrionare este aproape orizontală, pentru ca apoi cu dezvoltarea craniului, ridicându-se în partea ei externă, să devină aproape verticală. La naștere unghiul de inclinație este de 30—35 de grade. La adult 40—45 de grade.

Formă. Este circulară, însă nu este plană. Ea este bombată înăuntru amintind forma unei palmei mult turtite, a cărei deschidere privește conductul auditiv extern. Vârful acesteia poartă numele de ombilic.

Ombilicul este situat cu puțin deasupra centrului membranei timpanice. El corespunde extremității libere a cozii ciocanului, care în rest se găsește înglobat în grosimea membranei timpanului, făcând, pentru a spune astfel, corp cu el. Dispoziția infundibuliformă a membranei timpanice nu este absolut regulată. Se constată ca această membrană este ușor bombată în afară, în partea sa antero-inferioară, urmând o linie care se întinde dela ombilic la periferie.

Insertiuni. Membrana timpanică corespunde prin circumferința sa cercului timpanal, care îi servește de cadru. Acest mic cerc osos prezintă în lungul marginii sale interne un șanț bine marcat, sulcus tympanicus, în care se inseră, asemeni unui geam de ceas în rama sa, membrana timpanică. Ea este fixată acolo printr'o bandă circulară de țesut conjunctiv, numită de Gerlach: burelet anular.

Cercul timpanal în partea sa superioară prezintă o pierdere de

substanță, cam a șasea parte din circumferința sa, cam 5 mm. Spațiul liber dintre cele două coarne, anterior și posterior al cercului timpanal, se numește segmentul lui Rivinus. La acest nivel membrana timpanică prezintă o dispoziție cu totul particulară. Dela fiecare din coarnele cercului timpanal, buretul anular al lui Gerlach se îndreaptă către baza scurtei apofize a ciocanului, formând două mici cordoane convergente unul către celalalt și numite, în raport cu inserția lor, ligamentele timpano-maleolare. Membrana timpanică, la acest nivel, urca până la peretele superior al conductului auditiv extern, unde se inseră fuzionând în parte cu periostul, în parte cu pielea.

Această porțiune a membranei timpanice, cea mai superioară, care corespunde segmentului lui Rivinus și care este cuprinsă între cele două ligamente timpano-maleolare și peretele superior al conductului auditiv, a primit numele de: *membrana lui Schrapnell*, sau *membrana flaccida*.

Are forma unui triunghi, al cărui vârf îndreptat în jos, corespunde micii apofize a ciocanului. Ea este cea mai subțire și cea mai laxă porțiune a membranei timpanice. Formează în partea conductului auditiv un bombou, căruia îi corespunde de partea casei timpanului o mică excavație numită de Prussak: punga superioară, Tröltsch a mai descris pe fața internă a membranei flaccide, alte două depresiuni, situate deasupra ligamentelor maleolare, una anterioară și alta posterioară.

Un diametru dus la nivelul și dealungul cozii ciocanului, va trece prin ombilic, împărțind membrana timpanică în două jumătăți: una anterioară sau preombilicală, alta posterioară sau retro-ombilicală. Un alt diametru perpendicular pe cel dintâi, va împărți deasemeni timpanul într-o jumătate superioară sau supra ombilicală și o jumătate inferioară sau subombilicală. Din trasarea acestor două diametre, vor rezulta patru sectoare sau cadrane: postero-superior și inferior, antero-superior și inferior. Aceasta împărțire topografică are importanță mai ales în clinică, pentru a localiza în langaj sau scris, afecțiunile cărora timpanul le este sediul de localizare.

Constituția anatomică. Membrana timpanică este formată din trei straturi.

a) Lama fibroasă este o membrană rezistentă, constituind scheletul timpanului. Este compusă din două lame. Una externă formată din fibre radiate și alta internă, din fibre circulare. Fibrele radiate se desprind dela nivelul buretului anular al lui Gerlach, îndreptându-se în formă de raze către centru, unde se termină la nivelul cozii ciocanului. Fibrele circulare sunt situate înăuntrul precedentelor și înaintea stratului mucos. La periferie sunt mai dense, iar către centru se răresc. Gruber a mai descris un al treilea fel de fibre dendritice, dezvoltate mai ales în segmentul posterior al timpanului.

b) Lama cutanată, care nu e decât pielea conductului auditiv extern, reflectată pe membrana fibroasă a timpanului.

c) Lama mucoasă, care este dependentă de mucoasa casei. Este formată dintr'un corion foarte subțire pe care se dispun într'un sin-

gūr strat, celule pavimentoase cu contur poligonal.

Bureletul anular al lui Gerlach, care are rol de a fixa membrana timpanică în cercul timpanal, este format din încrucișarea diverselor fascicule conjunctive, care formează lama fibroasă a timpanului.

Membrana lui Schrapnell este formată din două lame: una cutanată și alta mucoasă, lipsindu-i stratul fibros care aici este reprezentat doar prin câteva fascicule fără importanță. Cele două straturi sunt ca și lipite unul de altul.

Vasle.

Arterele. Formează o rețea externă și o rețea internă.

a) Rețeaua externă primește sângele din artera timpanică sau auriculară profundă (ramura a maxilare interne). Vasele acestei rețele sunt dispuse radiar și anastomozate între ele. Una dintre aceste ramuri radiare, este mai voluminoasă și scoboară puțin înapoia cozii ciocanului, artera cozii ciocanului. Aceasta emite colaterale fine care se anastomizează cu arterele radiare.

b) Rețeaua internă este alimentată de artera timpanică și de o ramură a arterei stylo-mastoidiană. Formează în corionul mucoasei timpanice o rețea fină, mai bogată la periferie decât la centru. Vasele acestei rețele sunt de asemenea dispuse radiar.

Venele. Formează ca și arterele două rețele. Una externă sau cutanată și alta internă sau mucoasă.

a) Rețeaua cutanată formează un dublu curent. O parte din venele se duc către ombilic, unde formează două venule ascendente. Una pe marginea anterioară a cozii ciocanului, alta pe marginea posterioară. Altele, urmând un traect radiar se duc către periferia timpanului, unde se unesc cu cele ale conductului auditiv extern. La urmă toate aceste vene ale rețelei cutanate se varsă în vena jugulară externă.

b) Rețeaua mucoasă este formată din venele care se aruncă în rețeaua venoasă a trompei și prin aceasta în plexul pterigoidian, în venele durei mater și în porțiunea transversală a sinului lateral.

Aceste două rețele venoase sunt unite între ele prin numeroase vene perforante.

Limfaticele. Cele externe formează în toată întinderea dermului cutanat, o rețea foarte fină care se întinde și se continuă la periferia timpanului cu limfaticele conductului extern.

Limfaticele interne formează de asemenea în dermul mucos o rețea caniculară care se continuă cu rețeaua limfatică a casei.

Nervi.

Provin din surse deosebite: a) dintr'o ramură a nervului auriculo temporal (ramura a trigemenului), b) din ramura auriculară a vagului, c) din ramuri pe care nervul lui Jacobson, ramura glosofaringianului, le dă mucoasei timpanului, d) din facial. Indiferent de originea acestor ramuri nervoase, ele abordează timpanul prin două puncte: la nivelul membranei flaccide, în partea ei superioară și la nivelul periferiei timpanului prin șanțul timpanic. Aceste ramuri nervoase pătrund în stratul fibros al timpanului unde formează plexul fundamental. Unele dintre filetele nervoase se termină

sub forma unor straturi, formând noi plexuri. Plexul superficial extern sau subcutanat în partea anterioară și plexul superficial intern sau submucos.

B) Porțiunea osoasă a peretelui extern al cassei timpanului.

În afară de membrana timpanică, care formează cam trei cincimi din peretele extern al cassei, acesta e format în rest de o porțiune osoasă.

a) În sus peretele osos e înalt de 5—6 mm. Este îndreptat de sus în jos și dinainte înapoi. Acestei porțiuni a peretelui osos îi corespunde în cassa timpanului, cavitatea superioară a cassei sau recessul tympanic sau attica.

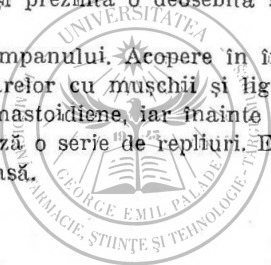
b) Înainte și înapoi porțiunea osoasă a peretelui are doi mm.

c) În jos ea este și mai redusă în înălțime. În partea posterioară se formează printr-o adâncire a peretelui osos o scobitură numită recessul hipotimpanic.

C) Lanțul oscioarelor și mucoasa cassei timpanului.

Lanțul oscioarelor urechii medii. Este compus din ciocan, nicovală și scăriță, care formează un șir neîntrerupt între peretele extern și intern al cassei timpanului. Capul ciocanului cât și capul nicovalei sunt situate în attica, și prezintă o deosebită importanță în legătură cu subiectul nostru.

Mucoasa cassei timpanului. Acopere în întregime pereții cassei, deasemeni lanțul oscioarelor cu mușchii și ligamentele lui. Înapoi se continuă cu cavitățile mastoidiene, iar înainte cu mucoasa tubară. În interiorul cassei formează o serie de repliuri. Este subțire, transparentă și de culoare albicioasă.



Miringotomia clasică și miringotomia atrio-atticală

Este bine stabilit rolul paracentezei timpanului contra extensiunii antro-mastoidiene a unei otite medii acute.

Făcând abstracție deocamdată de capitolul indicației și contraindicației paracentezei, problema acestei tehnici devine de o covârșitoare importanță în cazul unei inciziuni timpanice.

Aceasta importanță este mult întemeiată nu numai pe dispoziția anatomică a membranei timpanice în raport cu urechea medie sau modul de propagare al infecțiilor casei spre mastoidă, dar și prin rezultatele surprinzătoare pe care am avut ocazia să le constat personal asupra unui întreg număr de cazuri, tratate în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj.

Se știe că paracenteza, se face în cadrantul postero-inferior al membranei timpanice, între cadrul timpanal și mânerul ciocanului, din următoarele motive:

a) Perforația fiind declivă, va asigura un bun drenaj al puroiului.

b) Este cea mai bună situație, membrana timpanică, fiind în acest punct mai depărtată de punctul labirinti.

Locul de incizie mai variază și cu punctul în care timpanul sub impulsia lichidului septic din casă formează o convexitate accentuată.

O primă paracenteză ne fiind suficientă pentru un bun drenaj, iar retenția din casă contribuind ca reacția mastoidiană să persiste, oferind posibilitățile unei veritabile mastoidite, o nouă paracenteză mai largă decât prima nu este contraindicată. Această repetare a paracentezei este un lucru nu prea rar în Otologie.

Paracenteza mai poate fi crucială; se impune atunci când este necesară o deschidere cât mai largă a casei, anterior deciziunii de a proceda la o trepanație a apofizei mastoide.

Încă o formă de intervenție este și paracenteza orizontală sau ușor curbată cu convexitatea în jos (Parel), făcută în porțiunea inferioară, cea mai declivă a timpanului.

Acestea au fost tehnicile care au fost întrebuințate anterior. Ele pot să previe complicațiile și să producă vindecarea în cazul unor otite medii acute supurate sau nesupurate.

Amenințarea unei mastoidite, cea mai frecventă complicație a unei otite supurate nu poate fi evitată prin simpla deschidere obișnuită a timpanului după formulele clasice. Înțelegem mai sus cazurile care s'au prezentat de timpuriu prezentând optime condiții pentru aplicarea paracentezei.

Considerăm că toate aceste inciziuni timpanice au defectul capital că nu deschid în mod direct porțiunea superioară a casei care poartă numele de attică.

Lucrările lui H. Chatellier, R. Forns, Delobel, Girard, Torchaussé, Blanco și alții, reluate și bine puse la punct de Truffert și Pages, au dus la concluzia unei separații în două etaje suprapuse a casei timpanului. Această împărțire este făcută de o serie de mezouri mucoase, care formează un planșeu continuu, oferind doar un singur hiatus de comunicare între cele două etaje. Acest hiatus a fost descris de Truffert care l-a numit: hiatusul atrio-attical.

Din datele anatomice expuse într'un capitol anterior, am văzut cum casa timpanului prezintă în partea superioară un diverticul care poartă numele de attica sau recessus epitimpanic. În această logetă se găsește capul cicanului și corpul nicovalei și tot aici pornește aditus-ad antrum care face comunicarea cu celulele mastoide.

Attica nu vine în contact cu membrana timpanului decât pe o mică întindere din partea superioară a membranei timpanice, porțiune care se numește: membrana

flaccida sau a lui Schrapnell. In ce privește partea inferioară a casei, atriumul, întreg peretele extern al ei este format din membrana timpanică.

Scopul otologului, atunci când practică o paracenteză, nu este numai de a evacua o colecție purulentă liberă din urechea medie, ci mai ales de a preveni o retenție de puroi în attică.

Această retenție purulentă în attică are ca factor esențial patogenetic obliterarea hiatusului atrio-attical, fie prin congestie, fie prin evoluția acută a fungozităților, fie prin aderențe inflamatorii.

Chiar fără existența acestei obliterări a hiatusului atrio-attical o perfectă deschidere a casei timpanului, consistă în a deschide nu numai atriumul, cum se făcea până în prezent, ci în a deschide în acelaș timp și attica prin secționarea membranei lui Schrapnell, deoarece infecția casei are tendința să se cantoneze în diverticuli pe care mucoasa ei, îi formează la acest nivel (punga lui Prussack, punga anterioară și posterioară a lui Trölsch) și cari constituie un continuu pericol de complicații.

Făcându-se o paracenteză totală sau maximală, atrio-atticală, toate inconvenientele de mai sus vor fi îndepărtate, drenându-se însași drumul pe care infecția din casă îl parcurge pentru a se propaga la mastoidă.

Acest tip ideal de paracenteză nu l-am găsit menționat decât într'o singură lucrare a lui Escat din 1934. El o numește: „Paracenteza maximă“ și o aplică sistematic în cazurile de otită medie acută cu mult înainte ca lucrările lui Truffert și Pages să arate cu precizie topografia normală și patologică a hiatusului lui Truffert.

Escat face acest fel de paracenteză crezând că în partea atticală a urechei medii se găseau colecțiuni închistate, în una din pungile pe care timpanul le are la acest nivel și pe care el intenționa să le deschidă direct la exterior.

In realitate, după cum s'a văzut mai târziu, în urma lucrărilor lui Truffert și Pages, el deschidea sau producea și debridarea hiatusului atrio-attical, permițând puroiului din attică să se scurgă direct la exterior.

Escat spune că: o bombare limitată la segmentul

postero-superior și excepțional simptomatică unei supurațiuni închistate în punga posterioară a lui Tröltzsch, care fie acompaniată sau nu de o ridicare a membranei flaccide, este un principiu revelator de atticită și necesită nu o simplă paracenteză, ci o miringotomie profundă atrio-atticală.

Cu alte cuvinte Escat nu insistă asupra acestei metode în toate cazurile, ci numai în varietatea atticală a otitei medii.

Din cele expuse anterior s'ar putea deci explica rațional pentruce o paracenteză clasică, chiar repetată fiind, făcută de timpuriu, adică într'un moment cât mai favorabil al otitei medii acute, nu a fost suficientă în toate cazurile să oprească producerea unei mastoidite. În aceste cazuri speciale, inflamația mucoasei casei ar fi fost susceptibilă, prin tumefierea inflamatorie legată de procesul infecțios să oblitereze orificiile de comunicare normală (hiatusul lui Truffert) și deci de drenaj dintre attică și atrium. Consecutiv acestei obliterări infecția închisă în attică se află după expresia francezilor „dans une cavité close“ și se propagă ușor prin aditus-adantrum spre mastoidă.

Această cavitate închisă care se formează, este cu atât mai periculoasă vital cu cât cunoaștem faptul că plafonul atticii denumit tegmen timpani, poate prezenta în anumite cazuri dehiscențe spontane, în care caz mucoasa casei se găsește în contact direct cu dura mater.

Secționând membrana lui Schrapnell odată cu inciziunea porțiunii timpanice care corespunde atriumului, drenăm simultan atât atriumul cât și attică în mod direct. Drenajul nu mai urmează un drum ocolit: attică, atrium, timpan, conduct auditiv extern. Datorită procesului inflamator comunicarea dintre attică și atrium se poate oblitera producându-se o retenție. Făcând o miringotomie atrio-atticală, drenajul atticii ca și al atriumului se va face direct în conductul auditiv extern.

În clinica O. R. L. din Cluj s'a preconizat și s'a instituit aplicarea în mod continuu, în cursul otitelor medii acute, a miringotomiei atrio-atticale, fiind cea mai

susceptibilă în aceste cazuri de a preveni complicațiile dintre care antromastoidita este poate cea mai banală.

Numeroasele cazuri de mastoidite în faza de debut, survenite în cursul otitelor supurate medii acute, cari s'au perindat la clinica O. R. L. cu ocazia unei epidemii de gripă din Februarie 1935, au cedat în marea lor majoritate datorită miringotomiei atrio-atticale. Aceste numeroase rezoluții își găsesc explicația în faptul că prin acest procedeu se drenează chiar dela început în mod direct, însuși drumul infecției dela casă spre antrum.

Faptul că în cursul acestei operații se secționează nervul coarda timpanului, nu poate fi considerat ca o greșeală operatorie, ci din contră un semn revelator constituind criteriul absolut al unei miringotomii atrio-atticale corecte și integrale. Secționarea acestui nerv nu produce decât o ușoară anestezie gustativă, limitată la partea anterioară laterală a limbii. Această anestezie dispăre după câteva zile.



Indicații

Miringotomia clasică ca și miringotomia atrio-atticală se încadrează perfect în acea parte a chirurgiei otice antiinfecțioase îndreptată contra complicațiilor cari pot surveni atât de des după o supurație acută ori cronică a urechei medii.

Miringotomia atrio-atticală prezintă deci un dublu interes privită din dublu punct de vedere al pericolului la care expun supurațiile urechei medii.

Un pericol vital și altul funcțional.

Scurgerea de puroi din ureche poate aduce moartea în urma raporturilor de vecinătate pe care aceasta le prezintă.

Noi suntem obligați a preveni în primul rând pericolul vital, chiar cu riscul accentuării surdității. Cu cât intervenția noastră va fi mai precoce cu atât, eliminat fiind pericolul vital, șansele ca auzul să rămână aproape de linia normal fiziologică vor fi mai mari.

Deci în tratamentul rațional al otitei medii acute, aceasta fiind o primă formă în evoluția otitelor, o principală și primă indicație este: miringotomia atrio-atticală atât pentru prevenirea accidentelor imediate datorite retenției de puroi, cât și a complicațiilor ulterioare, dintre care cea mai frecventă ar fi mastoidita.

O altă indicație a paracentezei este în cazurile de otită medie acută catarală sau exudativă, atunci când lichidul este foarte vâscos și foarte abundent.

Deasemeni în cazul otitelor medii acute neperforate, indicația de miringotomie atrio-atticală se pune când există:

- a) Semne generale grave: temperatură excesivă, alterare a faciesului, insomnie.
- b) Semne funcționale intense: o durere violentă, ce-

falee și mai ales hemicranie, surditate (casa este plină cu puroi).

c) Semne de complicații alarmate: o reacție mastoidiană, meningee sau labirintică.

d) Semne obiective nete: o membrană roșie care bombează și care prezintă sau nu pete gălbui, anunțând o perforație.

c) Semne de complicații alarmante: o reacție mastoidiană, meningee sau labirintică.

Cu alte cuvinte în practică se pune indicația miringotomiei atrio-atticale atunci când: timpanul bombează, surditatea este exagerată sau dacă sunt indicii sigure de complicații; iar starea generală este rea.

În cazuri de boli infecțioase: gripă, febră tifoidă, rușeolă, scarlatină, este bine ca miringotomia să fie făcută chiar dacă semnele de mai sus lipsesc, pentru a preveni complicațiile grave pe care aceste boli le dau în mod foarte frecvent.

În caz că s'a făcut miringotomia în cadranul postero-inferior și fie că scurgerea este abundentă sau redusă însă febra, durerea sau reacția mastoidiană, nu cedează, atunci se face miringotomia atrio-atticală.

Tot la capitolul indicațiilor este bine să ne amintim următorul principiu de terapeutică enunțat atât de des în clinică de Prof. Buzoianu, cu privire la această chestiune: „când ezitam asupra oportunității paracentezei, este mai bine să ne decidem a o face; o paracenteză inutilă însă executată aseptice nu are nici un inconvenient pe când omisiunea unei paracenteze utile, poate aduce moarte“.

Contraindicații

a) În cazul în care pe lângă roșeața și bombarea timpanului durerile sunt puțin accentuate.

b) Când febra este mică,

c) sau când nu avem deloc, prin palparea mastoidei, reacții dureroase.

d) Deasemeni când nu prezintă reacții encefalitice.

Pentru a motiva această contraindicație este necesar însă ca toate condițiile de mai sus să existe simultan.

Technica

Este o operație mică și foarte simplă care se face cu ajutorul bisturiului lanceolat numit impropriu ac de paracenteză. Denumirea de paracenteză în acest caz este greșită deoarece operația nu se rezumă la o simplă înțepare, cum ar rezulta din denumire, ci este o veritabilă incizie a membranei timpanice, este o miringotomie.

În prealabil, pentru a evita ulterioare infecții ale casei timpanului este necesară o cât mai riguroasă desinfecție a conductului auditiv extern cu glicerina fenicată sau alcool rectificat.

Anestezia la copilul sugar sau în prima copilărie se poate înlocui printr'o bună fixare a copilului în brațele unui ajutor. Într'a doua copilărie se poate face narcoza cu clorură de etil. La adolescenți ca și la adulți, anestezia se face cu lichidul lui Bonain. Amestecul lui Bonain conține: cocaină-menthol și fenol în părți egale. Este un bun anestezic al timpanului servind totodată și ca desinfectant al conductului auditiv extern.

Technica anesteziei este următoarea: se îmbibă un mic tampon de vată hidrofila în lichidul lui Bonain, care se introduce cu ajutorul unei pense, auriculare până la timpan prin orificiul specului de ureche, lăsându-se pe loc câteva minute. În intervalul de 5—8 minute după introducerea tamponului timpanul este anesteziat, lucru care se recunoaște printr'o colorație albicioasă, colorația plăcilor mucoase.

Durerea este nulă, dacă anestezia a fost perfectă în caz contrar durerile, în timpul operației, sunt atroce însă trecătoare.

Anestezia odată obținută, vom introduce cât mai bine în conduct un speculum mai gros în diametru. Se reperază bine membrana timpanică. Apoi cu ajutorul unui ac de paracenteză sau cu un bisturiu cu vârful ușor încurbat, se face o miringotomie retro-maleolară care împarte membrana de jos în sus, dela polul inferior la cel superior. Incizia se va face între cadru și mânerul ciocanului.

După secționarea ligamentului axilar posterior, fără scrupulul ruperii nervului coarda timpanului, se pătrunde mai profund, tot de jos în sus între mânerul ciocanului și lunga apofiză a nicovalei. Se va debrida, în caz că este obliterat, hiatusul lui Truffert.

Uneori paracenteza este dificilă din cauza convexității exagerate a peretelui inferior al conductului auditiv extern. În toate aceste cazuri se va inciza în sus și înapoi. Odată această incizie făcută, bisturiul este scos și operația este terminată.

Singurul accident posibil și care poate fi lesne evitat este rănirea pereților conductului, fie la introducere, fie la scoaterea bisturiului de paracenteză. S'au mai semnalat otite externe, prin inocularea puroiului din casă.

Efectele operației

Rezultatele acestei tehnice în caz de otită, sunt așa zicând imediate. În primul rând durerile se micșorează și dispar definitiv într'un interval de câteva minute după operație. Deasemeni febra suferă o bruscă și însemnată scădere. Survine în general o ușurare.

Din ureche în urma acestei operații se observă la început în primele ore după dispariția durerilor, apariția unei scurgeri seroase, citrine sau chiar sanghinolente, precedând scurgerea puroiului.

Aproape în majoritatea cazurilor, aplicarea miringotomiei atrio-atticale a avut drept consecință eliminarea oricăror complicații ale otitelor medii, — și în primul rând a mastoiditei.

Cazuri

(Primele trei cazuri sunt luate din lucrarea dlui prof. Buzoianu în manuscris intitulată „miringotomia atrio-atticală“).

CAZ. I. X. V. Femeie trimisă la clinica O. R. L. delă spitalul de femei din Cluj. Sufere de otită medie supurată acută cu dureri accentuate la nivelul mastoidei. Temperatura 37,5. Bolnavă de o săptămână. Perforație spontană cu 7 zile înainte iar de atunci dureri continui. Din

buletinul analizei de laborator reiese că prezintă glucoză moderată în urină, bolnava fiind o diabetică cronică. Puroiul prezintă o scurgere destul de bună din casa timpanului. Totuși, înainte de a i se face trepanația mastoidei, se practică o miringotomie atrio-atticală largă. Bolnava mărturisește a doua zi că a fost prima noapte când a putut dormi, fenomenele dureroase cedând complet. În câteva zile după operație și deci nemai fiind cazul trepanării mastoidei. Această observație este cu atât mai importantă cu cât terenul diabetic propriu diverselor infecțiuni, a putut fi totuși local învins prin drenajul atrio-attical.

CAZ. II. Dr. Z. B. Medic de circumscripție. Vine cu otită medie supurată acută. Reacție mastoidiană foarte dureroasă. Temperatura 37,6. Timpanul roș bombat, neperforat. Diagnosticul clinic mastoidită. Este bolnav de trei zile. Contra durerilor a luat pantopon pe cale bucală și în injecții. Înainte de a se face trepanarea mastoidei, i se face miringotomia atrio-atticală. Fenomenele în acest caz cedează în timp de cinci zile. Deci cu oarecare greutate, deoarece bolnavul își contrariase singur procesul de rezoluție al infecției, prin administrare de morfină, care diminuează puterea de fagocitare a organismului.

CAZ. III. N. E. Fetiță de 12 ani. Prezintă o reacție mastoidiană dureroasă însoțind o otită medie supurată acută, ce durează de 10 zile. Perforație spontană cu scurgere abondentă. Temp. numai 37,2. Înainte de a se proceda la trepanația mastoidei care părea necesară, deși scurgerea era abondentă, i se face o miringotomie atrio-atticală. Toate fenomenele cedează în interval de câteva zile și bolnava n'a mai fost operată de mastoidită.

CAZ. IV. A. V. Fetiță de 11 ani din Cluj. Vine la ambulanța clinice O. R. L. pentru dureri în urechea dreaptă. Prezintă o reacție mastoidiană foarte accentuată. Timpanul roș, foarte puțin bombat. I s'a pus diagnosticul de otită medie acută dreaptă cu indicația miringotomiei atrio-atticale. Operația i se face dimineața. În seara aceleiași zile la control, atât durerile cât și reacția mastoidiană au cedat complet.

CAZ. V. G. A. de 26 ani, de profesie casnică. Vine la clinică pentru surditatea urechei drepte și durere. Diagnostic: otită acută dreaptă și rinită congestivă.

Prezintă intensă reacție mastoidiană. Se face miringotomia atrio-atticolă. A doua zi la control fenomenele mastoidiene fiind cu totul abcedate, nu i se mai face mastoidectomie.

CAZ. VI. D-na Z. W. S'a prezentat cu otită medie acută, cu reacție mastoidiană, însoțită de nevralgia feții. I s'a făcut paracenteza în cadrul postero-inferior. A doua zi s'a repetat aceeași paracenteză, după care a început o scurgere abundentă de puroi la exterior. Totuși în interval de două zile, reacția mastoidiană și nevralgia nu cedează, pericolul unei mastoidite fiind iminent. Se face miringotomia atrio-atticală. După alte două zile fenomenele de mai sus se amendează, rămânând a fi tratată mai departe otita acută medie supurată.



Concluziuni

1. Din cauza constituției anatomice a casei timpanului a cărei porțiune superioară-attica-poate să mențină o colecție purulentă și consecutiv să ducă la mastoidită chiar după ce s'a făcut paracenteza clasică în cadranul postero-inferior al timpanului, se impune: miringotomia atrio-atticală.

2. Miringotomia atrio-atticală consistă într'o deschidere atât a atriului cât și a atticiei prin prelungirea inciziei timpanice în sus până la os (peretele logetei). In această situație se inciziază și membrana lui Schrapnell.

3. Secționarea nervului coarda timpanului, nu prezintă decât inconveniente trecătoare și constituie un semn sigur că miringotomia s'a prelungit și la membrana lui Schrapnell.

4. Prin miringotomie atrio-atticală se asigură o drenare cu mult mai bună a casei timpanului, permițându-i-se puroiului din attică o scurgere directă în conductul auditiv extern.

5. Se previne astfel propagarea puroiului cantonat în attică, spre celulele mastoidiene, deci mastoidita.

6. Este o operație cu tehnică extrem de simplă, fiind în acelaș timp ușor de suportat, cu condiția ca anestezia timpanului să fie perfectă.

7. Miringotomia atrio-atticală este deci o miringotomie clasică modificată, ale cărei rezultate sunt cu mult mai bune. Termenul de miringotomie trebuie preferat deoarece el arată în acelaș timp și organul cărui se adresează operația și modalitatea operației, care trebuie să fie o linie (tomie) iar nu o simplă puncție.

8. Toate cazurile de otită medie suprată acută sunt îndreptățite de miringotomie atrio-atticală.

Văzută și bună de imprimat

Decan:
Prof. Dr. D. MICHAİL

Președinte:
Prof. Dr. G. BUZOIANU

Bibliografie

- A. Bonain: L'oreille et ses maladies.
- G. Buzoianu: Miringotomia atrio-atticală. (Lucrare în manuscris care a servit la facerea acestei teze).
- G. Buzoianu: Otita supurată acută și cronică în practica medicală. (Clujul Medical, Nr. 10. 1935.)
- G. Buzoianu: Trepanație mastoidiană actuală. (Clujul Medical Nr. 3, 1935).
- E. Escat: De la paracentese maxima ou myringotomie atrio-atticale. (Memoires originaux 1934, publiees dans les Annales D'oto-laringologie.
- E. Forgue: Precis de pathologie externe.
- Ionescu-Teodorescu-Bodea: Clinica O. R. L. din Cluj. „Spitalul“ No. 11, 1935
- G. Laurens: Precis d'oto-rhino-laringologie.
- L. Popp: Considerațiuni asupra complicațiilor O. R. L. ale gripei la clinica O. R. L. din Cluj pe un an de zile. „Clujul Medical“, Nr. 9, 1935.
- H. Rouviere: Precis d'anatomie et de dissection. Tome 1-er. Paris 1935.
- L. Testut-A. Latarjet: Precis d'anatomie descriptive. 13-e edition.
- L. Testut: Traite d'anatomie humaine. 8-e edition. Tome III, 931.
- F. Tourneaux: Precis d'embriologie humaine. 3-e edition, 1921.
- G. Buzoianu: Reguli chirurgicale ale oto-rino-laringologiei. România medicală 1932.
- G. Buzoianu: Tratamentul medicamentos al otitei m. cronice supurate. România medicală 1932.
- Pavel Bogdan: Tratamentul otitei m. supurate acute în clinica O. R. L. din Cluj. Teza Cluj No. 925, 20 Febr, 1936,